

Sygn. akt VII U 746/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 stycznia 2017 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Iwona Wiśniewska

Protokolant: st. sekr. sądowy Beata Górka

po rozpoznaniu w dniu 20 stycznia 2017 r. w Bydgoszczy

sprawy L. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania L. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 6 czerwca 2016 r. nr (...)

zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na dalsze 5 miesięcy od dnia 15 kwietnia 2016r.

SSR Iwona Wiśniewska

Sygn. akt VII U 746/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 czerwca 2016 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na podstawie art. 18 ust. 1 i ust. 3-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił L. S. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy podał, że świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Komisja Lekarska ZUS orzeczeniem z dnia 30 maja 2016 roku orzekła, że stan zdrowia nie uzasadnia przyznania ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ubezpieczony L. S. wniósł odwołanie od powyższej decyzji. Domagał się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z powołaniem na złożoną dokumentację medyczną.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o oddalenie odwołania. Podtrzymał argumenty przedstawione w zaskarżonej decyzji i dodał, że odwołujący miał wypłacane świadczenie rehabilitacyjne w okresie od 17 grudnia 2015r. do 14 kwietnia 2016r.

Sąd ustalił, co następuje:

Ubezpieczony L. S. w okresie od 21 lipca 2015r. do 16 grudnia 2015 r. pobierał zasiłek chorobowy. Następnie w okresie od 17 grudnia 2015r. do 14 kwietnia 2016r. korzystał ze świadczenia rehabilitacyjnego.

okoliczność bezsporna

Ubezpieczony choruje na zespół korzeniowy lędźwiowo- krzyżowy podrażnieniowo- ubytkowy obustronny z częstymi zaostrzeniami, wielopoziomową dyskopatię szyjną i lędźwiową. W okresie pięciu miesięcy od 15 kwietnia 2015r. był nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie i rehabilitacja rokowały odzyskanie zdolności do pracy.

dowód: opinia biegłej sądowej k.11-13

Sąd zważył, co następuje:

Sąd uznał za wiarygodne dokumenty wchodzące w skład materiału dowodowego, albowiem nie wzbudziły one zastrzeżeń Sądu i stron, co do ich autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy.

Sąd podzielił opinię biegłego sądowego Beaty Rytlewskiej. Opinia powyższa została sporządzona w sposób rzetelny i fachowy. Zawiera jasne wnioski. Została oparta na badaniu odwołującego, analizie wyników badań oraz po zapoznaniu się z dokumentacją leczenia. Opinię sporządziła neurolog rehabilitant, a zatem specjalista w zakresie schorzenia ubezpieczonego. Zdaniem Sądu, nie było podstaw do kwestionowania powyższej opinii. Ubezpieczony nie wniósł zastrzeżeń do opinii. Organ rentowy natomiast podniósł, iż podczas badania przeprowadzonego przez komisję lekarską ZUS w składzie z neurologiem nie stwierdzono zaburzeń funkcjonalnych ze strony kręgosłupa. Badany z zawodu elektromechanik maszyn, ostatnio zatrudniony jako referent, odzyskał zdolność do ostatnio wykonywanej pracy. Schorzenie kręgosłupa może przebiegać z okresami zaostrzeń i wtedy badany może korzystać z czasowej niezdolności do pracy zarobkowej. Z opinii biegłego nie wynika, aby po 14 kwietnia 2016r. odwołujący był rehabilitowany, aby wystąpiło zaostrzenie schorzenia.

Zdaniem Sądu zarzuty wniesione do opinii przez organ rentowy nie są merytoryczne. Podniesiony argument, iż Komisja Lekarska ZUS określała bezpośrednio stan zdrowia odwołującego z kwietnia 2016 roku, a biegła po upływie czasu jest nietrafny i nie zawiera żadnego medycznego uzasadnienia. Wskazać trzeba, iż biegła dokonała oceny stanu zdrowia ubezpieczonego ze spornego okresu na podstawie wywiadu, badania i dokumentacji medycznej. Ocena biegłej znajduje potwierdzenie w historii choroby ubezpieczonego z której wynika, że w badaniu MRI odc. L-S kręgosłupa z lutego 2016r. uwidoczniono cechy wielopoziomowej dyskopatii z niewielkimi wypuklinami krążków mk oraz ze zwężeniem otworów międzykręgowych na poziomie L5- S1. Zalecono rehabilitację ruchową i fizykoterapię oraz leki przeciwbólowe. Odwołujący otrzymał skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne m.in. w lutym 2016r. Organ rentowy powinien wiedzieć (są to bowiem informacje powszechnie znane), iż czas oczekiwania na zabiegi wynosi od poła roku do roku, a więc odwołujący posiadając skierowanie na zabiegi z lutego 2006r. do chwili badania przez biegłą mógł nie zrealizować zabiegów z przyczyn od siebie niezależnych, a zatem podnoszenie przez ZUS argumentu, iż nie odbył rehabilitacji po kwietniu 2016r. jest krzywdzące dla ubezpieczonego. W tym stanie rzeczy, w przekonaniu Sądu, nie zaszły podstawy do dopuszczenia dowodu z opinii uzupełniającej, o co wnosił organ rentowy. Podzielić należy stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w wyroku z dnia 15 lutego 1974 r., (sygn. akt II CR 817/73; opublikowane w Systemie Informacji Prawnej Lex Omega nr 7404), iż do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli zatem Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000 nr 23, poz. 869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997 nr 23, poz. 476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998 nr 3, poz. 100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998 nr 13, poz. 408). Dowód ten, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC

2001, nr 4, poz. 64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex, nr 77046). W ocenie Sądu nie uzasadnia natomiast potrzeby powołania innego biegłego taka okoliczność, że opinia powołanego już biegłego czy biegłych jest dla strony (w jej odczuciu) niekorzystna (zob. wyrok SN z dnia 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, Lex, nr 7407; orzeczenie SN z dnia 22 lipca 1997 r., I CKN 174/97, niepubl.; uzasadnienie wyroku SN z dnia 4 sierpnia 1999 r., I PKN 20/99, OSNP 2000, nr 22, poz. 807; uzasadnienie wyroku SN z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00, Lex, nr 52795; uzasadnienie wyroku SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex, nr 53135).

Sąd zważył, że zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej „ustawy”) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy.

2. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

3. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

4. Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

5. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

6. Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

Nie ulega wątpliwości, że ubezpieczonemu przysługiwał zasiłek chorobowy. Po okresie zasiłku chorobowego ZUS przyznał odwołującemu świadczenie rehabilitacyjne na okres od 17 grudnia 2015r. do 14 kwietnia 2016 roku. Jak wynika z opinii biegłej ubezpieczony cierpi na zespół korzeniowy lędźwiowo- krzyżowy podrażnieniowo- ubytkowy obustronny z częstymi zaostrzeniami, wielopoziomową dyskopatię szyjną i lędźwiową, co czyniło go niezdolnym do pracy rokując jednak odzyskanie zdolności po upływie dalszych 5 miesięcy. Zostały zatem spełnione przesłanki do nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

W tym stanie rzeczy na zasadzie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. odwołanie podlegało uwzględnieniu poprzez przyznanie ubezpieczonemu prawa do dalszego świadczenia rehabilitacyjnego na okres 5 miesięcy od 15 kwietnia 2016r.

SSR Iwona Wiśniewska